



PLAN INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD (IRP)
INDIVIDUAL RESPONSIBILITY PLAN (IRP)
Plan Individual de Responsabilidad de WorkFirst para

JAS ID
CASE NUMBER
CLIENT ID

Entiendo que:

- Debo cooperar con la División Manutención para Niños mientras reciba beneficios TANF/SFA a menos que tenga una buena razón para no hacerlo. El recaudo satisfactorio de manutención para niños podría ayudarme a eliminar mi necesidad de asistencia en efectivo.
- Puedo recibir solamente 60 meses de beneficios TANF/SFA en efectivo, en toda mi vida, a menos que califique para una extensión.
- He usado _____ meses de beneficios en efectivo.
- Se me requiere trabajar, buscar empleo o prepararme para trabajar a tiempo completo al menos 32 horas por semana.
- Si no pudiese asistir a una actividad programada, llamaré al número que se indica abajo.
- Debo realizar las siguientes actividades durante el tiempo establecido cada semana como se especifica a continuación:

SR – Derivación a Abuso de Sustancias

Antes de _____, acepto ponerme en contacto con el proveedor mencionado más abajo y concertar una cita para una evaluación por abuso de sustancias.

O

Acepto asistir a una cita para una evaluación por abuso de sustancias el _____ a las _____ con el proveedor mencionado más abajo.

Mi administrador de caso y yo volveremos a revisar este IRP antes del _____.

Proveedor/Oficina: _____

Dirección: _____

Nombre de contacto: _____

Número telefónico de contacto: _____

Cuento con guardería de niños apropiada y no tengo inconvenientes con el transporte.

Si no puedo presentarme a la cita prevista, llamaré al número telefónico indicado más arriba el mismo día o antes y explicaré por qué no puedo asistir.

Entiendo que si no llamo el mismo día o antes se considerará como una ausencia inexcusable, lo que puede ocasionar una sanción.

Si tuviera una buena razón que no me permitiese seguir mi plan, debo comunicarme y colaborar con el Especialista o Trabajador Social del Programa WorkFirst lo antes posible. Buenas razones podrían incluir cualquiera de las siguientes:

- No asistí a una cita debido a enfermedad o por un imprevisto con la guardería de niños o con el transporte;
- Tengo una emergencia de salud (física, mental o emocional);

- Soy víctima de violencia familiar;
- No puedo encontrar en mi área cuidado de niños apropiado y dentro de mis medios económicos para menores de 13 años;
- Tengo un problema legal inminente;
- Padezco una incapacidad o condición y esto me ha impedido cumplir con los requisitos del programa; o
- Soy un adulto con una incapacidad crónica y grave;
- Se necesita mi presencia en casa para cuidar de un niño con condiciones especiales o de un adulto con incapacidades;
- Soy mayor de 55 años de edad y cuido de un niño y no soy el padre del menor; o
- Estoy solicitando SSI a través de un facilitador de DSHS.

Si no estoy de acuerdo con este plan, tengo el derecho de solicitar una revisión del caso o una audiencia. Para solicitar una audiencia, debo comunicarme con la Oficina de Servicios Comunitarios o la Oficina de Audiencias Administrativas, DSHS, PO Box 42488, Olympia WA 98504-2488, dentro de 90 días de la fecha de firma de mi administrador de caso a continuación. Se me ha proporcionado una copia de mi Plan Individual de Responsabilidad.

FIRMA DEL ADMINISTRADOR DE CASO	FECHA	FIRMA DEL CLIENTE	FECHA
---------------------------------	-------	-------------------	-------

JAS ID	CASE NUMBER	CLIENT ID	
REQUISITOS DE CONFIDENCIALIDAD			
<p>Podría haber servicios de apoyo disponibles para ayudarme a avanzar en mi empleo, mantener mi empleo, aceptar un empleo o buscar un empleo o seguir mi plan. Si no estoy de acuerdo con una decisión sobre los servicios de apoyo, pudiera solicitar una revisión del caso o una audiencia. Le solicitaré al Especialista o al Trabajador Social del Programa WorkFirst si necesitara servicios de apoyo como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reparación de automóvil • Vestimenta • Consejería • Pañales • Gastos de educación • Higiene personal • Licencia/tarifas • Corte de pelo • Pases para el autobús • Millaje • Herramientas de trabajo • Planificación familiar <p>Entiendo que debo efectuar las actividades requeridas. De no hacerlo, se me sancionará a menos que compruebe que tengo una buena razón. Esto se denomina estar en estado de sanción de WorkFirst. Si se me impone una sanción, esto significa que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mi subvención se reducirá en un 40% o la participación de una persona, lo que sea mayor. • Debo cumplir con mi IRP por cuatro semanas consecutivas para que se elimine la sanción. • Una vez que realice lo que se me requiere por cuatro semanas consecutivas, se levantará mi sanción a partir del primer día del mes siguiente a mis cuatro semanas de participación. • Un panel de revisión de sanciones evaluará, y podría cerrar mi caso, si permanezco sancionado por seis meses consecutivos. <ul style="list-style-type: none"> • Si el panel de revisión de sanciones cerrara mi caso, tendré que volver a solicitar los servicios y participar por cuatro semanas consecutivas antes de que pueda recibir asistencia en efectivo. • Si mi caso fuera sancionado nuevamente, una junta de revisión de sanciones evaluará, y podría cerrar mi caso, si permanezco sancionado por tres meses consecutivos. <p>Mientras dure mi sanción, no podré recibir servicios de apoyo (como dinero para ropa de trabajo o transporte) hasta que cumpla con mi IRP.</p> <p>Entiendo que si me rehúso a cooperar con la División Manutención para Niños (DCS) sin tener una buena razón, mi subvención podría ser reducida. Una buena razón es aquella que represente una amenaza o daño hacia mis hijos o hacia mi persona. Entiendo que mientras recibo asistencia de TANF, toda manutención para niños recaudada se reserva para retribuir al estado.</p> <p>Cuando deje de recibir TANF/SFA, DCS recaudará la manutención para niños y me la enviará a menos que yo les pida que dejen de hacerlo. Entiendo los servicios de apoyo, las sanciones y la manutención para niños.</p>			
FIRMA DEL ADMINISTRADOR DE CASO	FECHA	FIRMA DEL CLIENTE	FECHA